

Verificação de vínculo empregatício Employment Verification

AGÊNCIA LOCAL	
TELEFONE	NÚMERO DE FAX
NÚMERO DO PROCESSO	DATA

Por gentileza, use caneta com tinta azul ou preta e escreva com letra de forma ou datilografe.

Seção 1: A ser preenchida pelo cliente/funcionário

Autorizo meu empregador a prestar informações ao Department of Social and Health Services.

ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO	NÚMERO DE SOCIAL SECURITY (OPCIONAL)	DATA
---------------------------	--------------------------------------	------

Seção 2: A ser preenchida pelo empregador

NOME DO FUNCIONÁRIO	NOME DO EMPREGADOR
---------------------	--------------------

ENDEREÇO DO EMPREGADOR

Este é um novo emprego? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	CASO AFIRMATIVO, INDIQUE A DATA EM QUE O FUNCIONÁRIO COMEÇOU A TRABALHAR	DATA EM QUE O PRIMEIRO CHEQUE FOI PAGO
--	--	--

NÚMERO MÉDIO DE HORAS TRABALHADAS POR SEMANA	REMUNERAÇÃO OU SALÁRIO (POR HORA, POR DIA OU SALÁRIO-TAREFA)	O trabalho está concluído? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Caso afirmativo, quando: _____ por que: _____
--	--	---

Frequência em que é feito o pagamento: <input type="checkbox"/> Diária <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> A cada duas semanas <input type="checkbox"/> Quinzenalmente <input type="checkbox"/> Mensal
--

Este emprego faz parte do programa Work Study? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	CASO AFIRMATIVO, ATRAVÉS DE QUAL ESCOLA?	QUANDO O SEU CARGO SERÁ ENCERRADO?
---	--	------------------------------------

Renda bruta real (ou coloque em anexo o espelho de pagamento) durante os três últimos meses:		
MÊS: \$ _____	MÊS: \$ _____	MÊS: \$ _____

Renda bruta real para mês atual e renda bruta prevista para os próximos dois meses:		
MÊS ATUAL: \$ _____	MÊS: \$ _____	MÊS: \$ _____

Gorjetas	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim; caso afirmativo, com que frequência e qual é o valor? _____
Comissões	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim; caso afirmativo, com que frequência e qual é o valor? _____
Bônus	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim; caso afirmativo, com que frequência e qual é o valor? _____
Hora extra	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim; caso afirmativo, com que frequência e qual é o valor? _____

Cronograma de trabalho (incluir os horários exatos sempre que possível):						
SEGUNDA-FEIRA	TERÇA-FEIRA	QUARTA-FEIRA	QUINTA-FEIRA	SEXTA-FEIRA	SÁBADO	DOMINGO

Você conta com seguro saúde à disposição? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Caso afirmativo, o funcionário está inscrito no plano de saúde? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Qual é a data de início da cobertura?
Qual é o valor que o funcionário deve pagar como mensalidade?

ASSINATURA DO EMPREGADOR/REPRESENTANTE	DATA
--	------

NOME E CARGO DO EMPREGADOR/REPRESENTANTE, EM LETRA DE FORMA	NÚMERO DE TELEFONE
---	--------------------